

Muốn được giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị xin gọi:



Đơn Xin Trợ Cấp Y Tế cho Trẻ Em



Đơn này chỉ dùng để xin bảo hiểm sức khỏe dành cho trẻ em và thiếu niên dưới 19 tuổi. Cha/mẹ, người giám hộ, nhân viên tiếp ngoại, bạn bè hoặc thiếu niên muốn xin bảo hiểm cho mình đều phải điền đơn. **Chúng tôi sẽ tiếp tục gửi những thông tin cho người có tên ghi trong ô số 1.** Nếu quý vị có bất cứ điều gì thắc mắc hoặc muốn giúp để điền đơn này, xin gọi số 1-877-543-7669. Chúng tôi sẵn sàng giúp quý vị!

XIN VIẾT CHỮ IN (Ghi tên cha/mẹ, người giám hộ hoặc người liên lạc để nhận thông tin sau này)

1 TÊN		TÊN LỚT		HỌ	
2 ĐỊA CHỈ CƯ NGỰ		ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
3 ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)		ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
4 SỐ ĐIỆN THOẠI	5 Quý vị có bị trở ngại về nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không?				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
NHÀ ()	Quý vị có cần những tài liệu gửi đến cho quý vị bằng một ngôn ngữ khác hay không?				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
SỐ LÂM ()	Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giúp quý vị qua người thông dịch viên.)				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
SỐ ĐỂ NHẮN ()	Quý vị nói tiếng gì? _____				
6 Trong gia đình quý vị có ai đang mang thai không?				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
		Nếu "có", xin cho biết tên? _____			
		Có con em nào dưới 19 tuổi đang trong tình trạng cần phải chăm sóc y tế ngay hay không?		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

Chi Tiết Tổng Quát

7 Ghi tên của những người trong gia đình **đang ở chung**.
(Xin dùng một tờ giấy rời để ghi thêm tên của những người trong gia đình, nếu cần thiết.)

TÊN (TÊN, TÊN LỚT, HỌ)	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SANH (THÁNG/ NGÀY/NĂM)	SỐ AN SINH XÃ HỘI * = TÙY Ý	PHÁI NAM hoặc NỮ	CÔNG DÂN MỸ CÓ KHÔNG	ĐIỀN VÀO PHẦN DƯỚI ĐÂY NẾU CON EM CỦA QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ CÔNG DÂN MỸ
A. CHA/MẸ, GIÁM HỘ HOẶC CHÍNH QUÝ VỊ			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ĐƯA TRẺ CÓ GIẤY TỜ GÌ CHÚNG MINH VỀ TÌNH TRẠNG CƯ TRÚ CỦA EM KHÔNG? CÓ KHÔNG
B. VỢ/CHỒNG HOẶC CHA/MẸ KHÁC (nếu ở chung trong nhà)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ĐƯA TRẺ CÓ NGƯỜI BẢO TRỢ KHÔNG? CÓ KHÔNG
C. GHI TÊN CÁC TRẺ EM VÀ THIẾU NIÊN DƯỚI 19 TUỔI (những trẻ em muốn trợ cấp y tế)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. GHI TÊN CỦA NHỮNG NGƯỜI LỚN/TRẺ EM KHÁC Ở TRONG NHÀ (những người không muốn trợ cấp y tế)			*			Lưu ý: Xin đính kèm bất cứ giấy tờ gì chứng minh về tình trạng cư trú của đứa trẻ.
			*			

8 Có trẻ em nào trong gia đình quý vị dưới 19 tuổi bị tật nguyền không? Có Không
Nếu "Có" xin cho biết tên? _____

Chi Phí Những chi tiết này có thể giúp cho con em của quý vị được hội đủ điều kiện.

9 Quý vị có phải trả tiền giữ trẻ trong khi quý vị đi làm không? Có Không Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____
 Quý vị có phải trả tiền để chăm sóc cho người lớn bị tật nguyền trong khi quý đi làm không? Có Không Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____

10 Quý vị có lệnh tòa về cấp dưỡng cho đứa con nào không ở chung nhà với quý vị hay không? Có Không Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____

Lợi Tức Ghi vào số tiền GỘP (Gross) (trước khi trừ thuế).

11 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA CHA/MẸ ()	LỢI TỨC KHÁC TRONG GIA ĐÌNH	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG 30 NGÀY VỪA QUA	NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH ĐÃ NHẬN SỐ TIỀN NÀY?	
12 Số tiền quý vị đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ _____ Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu? * \$ _____	15 CẤP DƯỠNG CON	\$ _____		
13 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ): ()	16 CẤP DƯỠNG HÔN PHỐI	\$ _____		
14 Số tiền do vợ/chồng của quý vị (hoặc người cha/mẹ khác đang ở chung nhà) đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ _____ Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu? * \$ _____	17 TRỢ CẤP AN SINH	\$ _____		
*NẾU QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG (HAY NGƯỜI CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ) TỰ LÀM CHỦ, THÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC KHẤU TRỪ THÊM CÁC KHOẢN KHÁC. XIN GỌI SỐ 1-877-KIDS-NOW ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT HOẶC GIÚP TRONG VIỆC ĐIỀN ĐƠN.	18 TIỀN THẤT NGHIỆP	\$ _____		
	19 LỢI TỨC DO ĐẦU TƯ/TIỀN LỢI NGÂN HÀNG/TIỀN LỢI CỔ PHẦN	\$ _____		
	20 TRỢ CẤP CỤU CHIẾN BINH	\$ _____		
	21 TIỀN DO SỞ LAO ĐỘNG & KỸ NGHỆ	\$ _____		
	22 TRỢ CẤP QUÂN NHÂN	\$ _____		
	23 NGUỒN LỢI TỨC KHÁC (Xin giải thích)	\$ _____		
	24 A Quý vị có cần giúp trả tiền cho những hóa đơn y tế chưa thanh toán – trong 3 tháng vừa qua – cho bất cứ một trẻ em nào mà quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
	24 B Nếu "Có," xin ghi bản sao về lợi tức của tất cả những người trong gia đình cho những tháng mà quý vị muốn chúng tôi tái xét.			

Chi Tiết về Bảo Hiểm Sức Khỏe Xin cho chúng tôi biết bất cứ bảo hiểm sức khỏe nào mà con em của quý vị đã có.

25 A Có bất cứ trẻ em nào mà quý vị đang nộp đơn xin đã có bảo hiểm sức khỏe rồi hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	25 B Nếu "Có," bảo hiểm sức khỏe đó có đài thọ những dịch vụ khi đi bác sĩ, bệnh viện, x-ray (quang tuyến) và phòng thí nghiệm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	26 A Trong 4 tháng vừa qua con em của quý vị có được bảo hiểm sức khỏe đài thọ qua số làm của quý vị hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	26 B Nếu "Có," tiền đóng bảo hiểm có dưới \$50 mỗi tháng cho các con hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
27 Nếu quý vị trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi nào ở trên (25 a hoặc b hay 26 a hoặc b), xin cho biết tên hãng bảo hiểm hoặc tên số làm cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho con em của quý vị.			
TÊN HÃNG BẢO HIỂM HOẶC SỐ LÀM	SỐ HỒ SƠ BẢO HIỂM	NGƯỜI ĐÚNG TÊN TRONG HỒ SƠ	SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ (TÙY Ý)

Cho Biết về Nhân Chứng/Chứng Tộc của Đứa Trẻ (Những Chi Tiết này là Tình nguyện)

Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho chúng tôi biết về nhân chứng hoặc chứng tộc của đứa trẻ. Những chi tiết này sẽ không được dùng để xét trong việc hội đủ điều kiện của quý vị.	<input type="checkbox"/> Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hạ Uy Di hoặc Người ở Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Mỹ Da Trắng <input type="checkbox"/> Dân Tộc Khác _____
<i>Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và các sinh hoạt của Bộ Xã Hội và Y Tế. Không một ai có thể bị loại ra khỏi các chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, xu hướng chính trị, nguồn gốc, tôn giáo, tuổi tác, phái tính hoặc tật nguyền.</i>	

Xin Đọc Thận Kỹ Trước Khi Ký Tên

- Đơn này chỉ dùng để xin trợ cấp y tế cho trẻ em mà thôi.** Nếu bất cứ người nào trong gia đình quý vị đã có trợ cấp y tế, hoặc muốn xin trợ cấp tiền mặt, trợ cấp thực phẩm hoặc những trợ cấp khác, xin liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) ở địa phương quý vị.
- DSHS có thể yêu cầu quý vị trình bằng chứng mà quý vị báo cáo cho họ biết rằng quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp để lấy chứng từ.
 - Chi tiết khai báo của quý vị sẽ được những cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang duyệt xét. Những chi tiết này sẽ KHÔNG dùng chung với Sở Di Trú và Nhập Tịch (INS).
 - Do việc xin và nhận trợ cấp y tế, quý vị cho tiểu bang Washington tất cả mọi quyền hạn về bất cứ sự hỗ trợ nào về y tế và việc trả tiền chăm sóc y tế đối với bất cứ một nơi thứ ba (third party) nào.
 - DSHS có thể cho Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chính Ngừa Trẻ Em biết về quá trình chính ngừa của con em quý vị.

TUYÊN THỆ VÀ KÝ TÊN Tôi đã đọc và hiểu rõ những chi tiết trong đơn này. Tôi tuyên bố rằng, sẽ chịu mọi hình phạt nếu khai gian, và những chi tiết tôi khai trong đơn này là sự thật, chính xác, và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.	Chữ Ký của Đương Đơn X _____ Ngày _____
--	--

Cách Nộp Đơn

 GỬI ĐẾN: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	 CẦN GIÚP: Nếu quý vị cần giúp hoặc có thắc mắc, xin gọi số 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	--